



## Formulario de Información del Seguro

¡Gracias por elegir a Voz Speech Therapy como su proveedor de terapia del habla!

Las sesiones de terapia miofuncional orofacial, del habla y del lenguaje no siempre están cubiertas. Beneficios con su compañía de seguro a veces no son posible si no se consideran médicamente necesarias. Una llamada al departamento de beneficios de su compañía de seguro no es una garantía de pago y sesiones de terapia pueden ser negadas. En este caso, el paciente/la familia se hace responsable del pago. Usted también es responsable del pago de cualquier deducible, coseguro o copago según lo que le aplica su seguro. Si en algun momento se envía la cuenta a cobranzas externas por falta de pago de su parte, usted también será financieramente responsable por cualquier tarifa de cobro.

Al enviar este formulario, está dando su consentimiento al equipo de facturación médica de Voz Speech Therapy para comunicarse con su compañía de seguro en su nombre para obtener información sobre la cobertura de los servicios prestados.

¡Le agradecemos la oportunidad de ayudarle a usted y a su familia!

Día de la cita: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor legal/suscriptor: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del padre/madre/tutor legal/suscriptor: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del padre/tutor legal/suscriptor: \_\_\_\_\_

Dirección del padre/madre/tutor legal/suscriptor: \_\_\_\_\_

Por favor envíe una copia (frente y atrás) de todas las tarjetas de seguro a **info@vozspeechtherapy.com** junto con este formulario. Si no recibimos la información del seguro y copias de las tarjetas al menos 24 horas antes de su cita programada, la sesión se reprogramará automáticamente.

Nombre de seguro primario: \_\_\_\_\_

Empleador y numero de grupo de seguro: \_\_\_\_\_

Numero de identification de seguro (porfavor incluya todas las letras y numeros): \_\_\_\_\_

Numero de grupo de seguro: \_\_\_\_\_

Numero de telefono de proveedor de seguro: \_\_\_\_\_

Nombre de seguro secundario: \_\_\_\_\_

Nombre de empleador secundario: \_\_\_\_\_

Numero de identificacion de seguro secundario (porfavor incluya todas las letras y numeros): \_\_\_\_\_

Numero de grupo de seguro secundario: \_\_\_\_\_

Nombre y numero de medico referente: \_\_\_\_\_

Nombre y numero de telefono de medico primario: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el mejor momento y método para que nos comuniquemos con usted con respecto a la programación y/o su beneficios? Porfavor incluya un número de teléfono o correo electrónico preferido, y las horas/fechas que funcionen mejor para tu horario:

POR FAVOR RECUERDE ENVIAR UNA COPIA (FRENTE Y REVERSO) DE TODAS LAS TARJETAS DE SEGURO A **INFO@VOZSPEECHTHERAPY.COM** JUNTO CON ESTE FORMULARIO. SI LA INFORMACIÓN DEL SEGURO O LAS COPIAS DE LAS TARJETAS NO SE RECIBEN AL MENOS 24 HORAS ANTES DE SU CITA PROGRAMADA, LA SESIÓN SE REPROGRAMARÁ AUTOMÁTICAMENTE.

Al firmar este formulario, usted está dando su consentimiento y reconoce que la información proporcionada es correcta y entiende que es legalmente vinculante.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha